

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БЕРЕМЕННЫХ**Е.А. Мицкевич**

Клиника УЗ «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»

Реферат

Преждевременные роды являются актуальной проблемой современного акушерства (8-12% всех родов). Совершенствование методов диагностики истмико-цервикальной недостаточности позволит раньше, а значит эффективнее, корригировать бессимптомное патологическое ремоделирование шейки матки для улучшения перинатальных исходов.

Ключевые слова: преждевременные роды, истмико-цервикальная недостаточность, цервикометрия.

EARLY DIAGNOSTICS OF ISTHMIC-CERVICAL INSUFFICIENCY IN PREGNANT WOMEN**E.A. Mitskevich**

Clinic of Educational institution "Vitebsk State Order of Peoples' Friendship Medical University"

Abstract

Preterm delivery is an actual problem of modern obstetrics (8-12% of all births). Improving the methods of diagnosing isthmic-cervical insufficiency allows to correct earlier, therefore more effectively this asymptomatic pathological remodeling of cervix uteri to improve perinatal outcomes.

Key words: preterm labor, cervical insufficiency, cervicometry.

АКТУАЛЬНОСТЬ

По данным Всемирной организации здравоохранения рост преждевременных родов является общемировой тенденцией [1]. В настоящее время их частота составляет 8-12% [1, 2]. В будущем прогнозируется увеличение частоты рождения недоношенных детей в связи с распространением вспомогательных репродуктивных технологий, ростом заболеваемости сахарным диабетом и трендом рождения детей в позднем репродуктивном возрасте [2, 3].

Серьезный вклад в причины преждевременных родов вносит истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН). Методы диагностики данной патологии: объективное обследование и сонографическая цервикометрия субъективны, малочувствительны, обязательно должны дополнять друг друга [4]. Особую сложность представляет собой своевременная диагностика ИЦН у первобеременных, у пациентов без предшествующей травмы шейки матки. Значительный вклад в развитие несостоятельности шейки матки у данной когорты может вносить дисплазия соединительной ткани (ДСТ) [4, 5].

Согласно действующему законодательству в Республике Беларусь специальное акушерское обследование беременной выполняется при постановке на учет и затем при каждой явке (14, 20 недель гестации и далее) [6]. Сонографический скрининг в первой половине беременности выполняется в декретируемые сроки 11–13 6/7 недель и 18–21 недель гестации. В отличие от первого сонографического скрининга, во время второго скрининга цервикометрия является обязательной [7], однако часть пациентов уже будет иметь укорочение и раскрытие цервикального канала, другая часть к этому сроку потеряет беременность [8, 9, 10].

Крайне важно оценивать длину шейки матки объективно в сроке 14-17 недель беременности. Однако выполнять цервикометрию в это время необходимо не всем. «Скрининговая» сонографическая цервикометрия, несмотря на субъективность, позволяет повысить выявляемость ИЦН [4, 8]. С другой стороны, необходимо учитывать материальные затраты, организационные трудности, трудоемкость процесса, психологическую нагрузку на врача и пациента.

Поэтому актуальным и обоснованным будет выявление пациентов группы риска ИЦН, для которых сонографическая цервикометрия потребует как дополнительный метод исследования в «межскрининговый» срок. Выявление этих факторов риска позволит раньше реагировать на трансформацию шейки матки и получить лучшие результаты, выраженные в рождении более зрелых детей.

Целью исследования было выявить факторы риска развития ИЦН у беременных до 18 недель гестации.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Оценили течение беременности у 160 пациентов, родоразрешенных в УЗ «Витебский областной клинический родильный дом» в 2013-2018 гг. В I группу (основную) были включены 58 пациентов с ИЦН, диагностированной до второго ультразвукового скрининга (до 18 недель беременности). Во II группу (контрольную) были включены 72 пациента с ИЦН, диагностированной с 18 недель беременности и позже. III группу (сравнения) составили 30 женщин без ИЦН. Критерием включения для I и II групп исследования был диагноз ИЦН. Критерием исключения для I и II групп было указание на боли внизу живота в период диагностики ИЦН.

Для оценки тяжести дисплазии соединительной ткани использовали классификацию ее фенотипических проявлений (Смольнова Т.Ю., 1999 г.) [4].

Статистическая обработка данных выполнялась с помощью программ Microsoft Excel, версия 1808; BioStat Pro 5.9.8.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средний возраст женщин в группах исследования был 32,3; 30,0 и 26,9 лет. Доли первобеременных пациентов составили 27 (46,6%); 26 (36,1%) и 9 (30,0%) ($p_{I-II}=0,283$; $p_{I-III}=0,172$; $p_{II-III}=0,650$) соответственно. Эти показатели были сопоставимы. Число первородящих – 38 (65,5%); 54 (75,5%) и 14 (46,7%) ($p_{I-II}=0,251$; $p_{I-III}=0,111$; $p_{II-III}=0,010$) соответственно.

Был изучен акушерско-гинекологический анамнез всех пациентов, включенных в исследование (таблица 1).

У пациентов основной группы достоверно чаще отмечены привычное невынашивание беременности,

преждевременные роды в анамнезе, многоплодная беременность, беременность в результате ВРТ, миома матки ($p \leq 0,05$).

Распространенность инфекций, передающихся половым путем, воспалительных заболеваний органов малого таза, различных форм бесплодия не различалась в группах исследования. Проанализирована заболеваемость пациентов хроническими заболеваниями: хронический пиелонефрит, хронический бронхит, хронический гастрит, артериальная гипертензия, сахарный диабет, патология щитовидной железы, нарушения питания. Полученные данные статистически не различались, либо не позволили провести сравнение в силу малого количества наблюдений.

Фенотипические критерии ДСТ диагностированы у пациентов всех групп исследования (таблица 2).

В основной и группе сравнения проявления ДСТ встречались чаще, достоверно чаще – миопия и аллергические реакции ($p \leq 0,05$). Балльная оценка выявленной патологии показала: в I группе ДСТ легкой и средней степени составила 95,7% и 4,3% соответственно. Во II

Таблица 1. Акушерско-гинекологический анамнез

признак	I группа (n; %)	II группа (n; %)	III группа (n; %)	p
≥3 родов	4 (6,9)	7 (9,7)	3 (10,0)	$p_{I-II}=0,753$ $p_{I-III}=0,686$ $p_{II-III}=1,000$
ИЦН в анамнезе	8 (13,8)	9 (12,5)	1 (3,3)	$p_{I-II}=1,000$ $p_{I-III}=0,157$ $p_{II-III}=0,274$
Привычное невынашивание	13 (22,4)	7 (9,7)	1 (3,3)	$p_{I-II}=0,054^*$ $p_{I-III}=0,029^*$ $p_{II-III}=0,431$
Преждевременные роды	14 (24,1)	6 (8,3)	2 (6,6)	$p_{I-II}=0,015^*$ $p_{I-III}=0,077$ $p_{II-III}=1,000$
≥2 вмешательства с расширением цервикального канала (медицинский аборт, РДВ)	15 (25,9)	14 (19,4)	4 (13,3)	$p_{I-II}=0,404$ $p_{I-III}=0,274$ $p_{II-III}=0,576$
Многоплодие	10 (17,2)	3 (4,2)	-	$p_{I-II}=0,018^*$
Беременность в результате вспомогательных репродуктивных технологий	9 (15,5)	2 (2,8)	1 (3,3)	$p_{I-II}=0,012^*$ $p_{I-III}=0,154$ $p_{II-III}=1,000$
Травматичные роды, РДШМ	5 (8,6)	9 (12,5)	4 (13,3)	$p_{I-II}=0,576$ $p_{I-III}=0,483$ $p_{II-III}=1,000$
Миома матки	13 (22,4)	7 (9,7)	1 (3,3)	$p_{I-II}=0,054^*$ $p_{I-III}=0,029^*$ $p_{II-III}=0,431$
Эндометриоз	5 (8,6)	9 (12,5)	4 (13,3)	$p_{I-II}=0,511$ $p_{I-III}=0,576$
Операции на шейке матки - эксцизия			-	$p_{II-III}=1,000$ $p_{I-II}=1,000$

* – $p \leq 0,05$

Таблица 2. Фенотипические проявления ДСТ

Признак	I группа (n,%)	II группа (n,%)	III группа (n,%)	p
Миопия	18 (31,0)	8 (11,1)	2 (6,7)	$p_{I-II}=0,007^*$ $p_{I-III}=0,001^*$ $p_{II-III}=0,719$
Варикозное расширение вен нижних конечностей	12 (20,7)	6 (8,3)	4 (13,3)	$p_{I-II}=0,072$ $p_{I-III}=0,562$ $p_{II-III}=0,475$
Пролапс митрального клапана	4 (6,9)	3 (4,2)	2 (6,7)	$p_{I-II}=0,700$ $p_{I-III}=1,000$ $p_{II-III}=0,629$
Аллергия	20 (34,5)	14 (19,4)	2 (6,7)	$p_{I-II}=0,070$ $p_{I-III}=0,004^*$ $p_{II-III}=0,140$
Тромбофлебит	1 (1,7)	1 (1,4)	-	$p_{I-II}=1,000$
Нефроптоз	3 (5,2)	4 (5,6)	-	$p_{I-II}=1,000$
Хронические вывихи	2 (3,4)	-	-	-
Плоскостопие	2 (3,4)	1 (1,4)	-	$p_{I-II}=0,586$

* – $p \leq 0,05$

группе 100% составила ДСТ легкой степени (Рисунок 1).

Анализ осложнений течения беременности до диагностики ИЦН позволил провести сравнение результатов во всех группах (таблица 3).

В основной группе было достоверно больше пациентов, получавших аналоги эндогенного прогестерона с ранних сроков беременности ($p \leq 0,05$). Это связано с отягощенным анамнезом женщин, имевших в прошлом преждевременные роды, привычное невынашивание, а также со значительной долей беременностей, наступивших в результате вспомогательных репродуктивных технологий (таблица 1).

Были оценены обстоятельства диагностики ИЦН у пациентов основной и контрольной групп. Впервые несостоятельность шейки матки была определена

с помощью влагалищного исследования у 41 (70,7%) в I группе и у 55 (76,4%) пациентов во II группе; во время второго УЗИ-скрининга у 17 (29,3%) в I группе и у 17 (23,6%) пациентов во II группе. В момент установления диагноза средний срок беременности был 15,8 (12,1; 17,9) недель гестации в I группе, и 19,6 (18,0; 32,3) недель гестации во II группе.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В результате исследования выявлены значимые факторы риска развития ИЦН до 18 недель беременности: привычное невынашивание беременности и преждевременные роды в анамнезе; беременность, наступившая в результате ВРТ; фенотипические проявления ДСТ

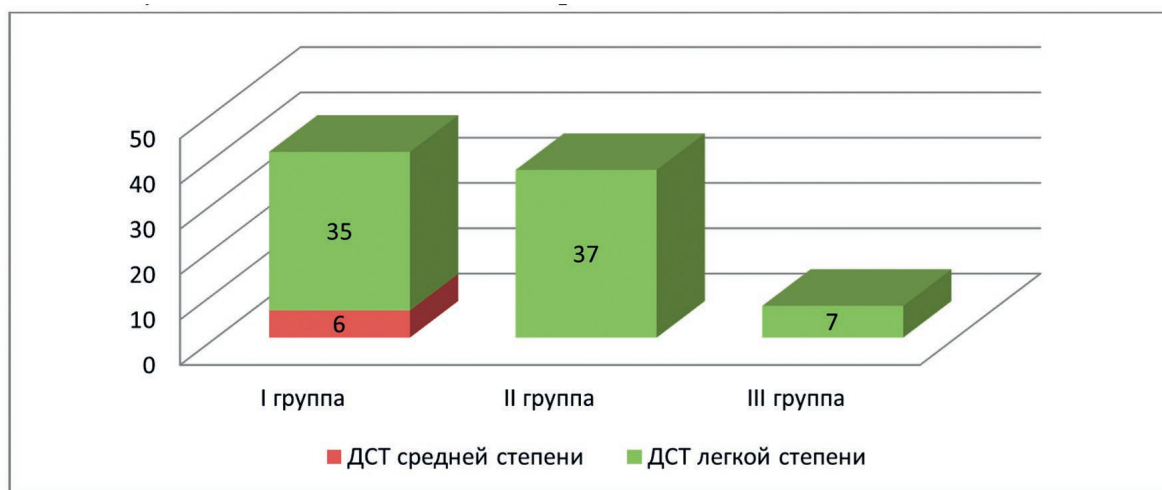


Рисунок 1. Фенотипические проявления ДСТ

Таблица 3. Течение беременности

Признак	I группа (n; %)	II группа (n; %)	III группа (n; %)	p
Угрожающий, начавшийся самопроизвольный выкидыш	14 (24,1)	24 (33,3)	12 (40,0)	$p_{I-II}=0,332$ $p_{I-III}=0,144$ $p_{II-III}=0,650$
Прием гестагенов с ранних сроков беременности	41 (70,7)	38 (52,8)	18 (60,0)	$p_{I-II}=0,047^*$ $p_{I-III}=0,345$ $p_{II-III}=0,522$
ОРВИ	18 (31,0)	28 (38,9)	7 (23,3)	$p_{I-II}=0,708$ $p_{I-III}=0,323$ $p_{II-III}=0,171$
Воспалительные заболевания влагалища и шейки матки	12 (20,7)	17 (23,6)	10 (33,3)	$p_{I-II}=0,833$ $p_{I-III}=0,210$ $p_{II-III}=1,000$
ИППП	4 (6,9)	4 (5,6)	2 (6,7)	$p_{I-II}=1,000$ $p_{I-III}=1,000$ $p_{II-III}=1,000$
Анемия	10 (17,2)	14 (19,4)	5 (16,7)	$p_{I-II}=0,622$ $p_{I-III}=1,000$ $p_{II-III}=1,000$

* – $p \leq 0,05$

средней степени тяжести. Для каждого предиктора рассчитали относительный риск развития ИЦН (рисунк 2).

На основе изучения анамнеза и объективного статуса с первого обращения в женскую консультацию по поводу наступившей беременности можно выделить группу пациентов, угрожаемых по развитию ИЦН. В группу риска «ранней» ИЦН, диагностированной до 18 недель беременности, необходимо включить женщин с выявленными факторами риска.

Для своевременной диагностики ИЦН в группе риска обоснованным будет выполнять сонографическую цервикометрию в «межскрининговый» период: с 14 до 18 недель гестации. Решение данной практической задачи позволит выполнить своевременную коррекцию ИЦН, провести более эффективную профилактику преждевременных родов и снизить заболеваемость и смертность новорожденных в Республике Беларусь.

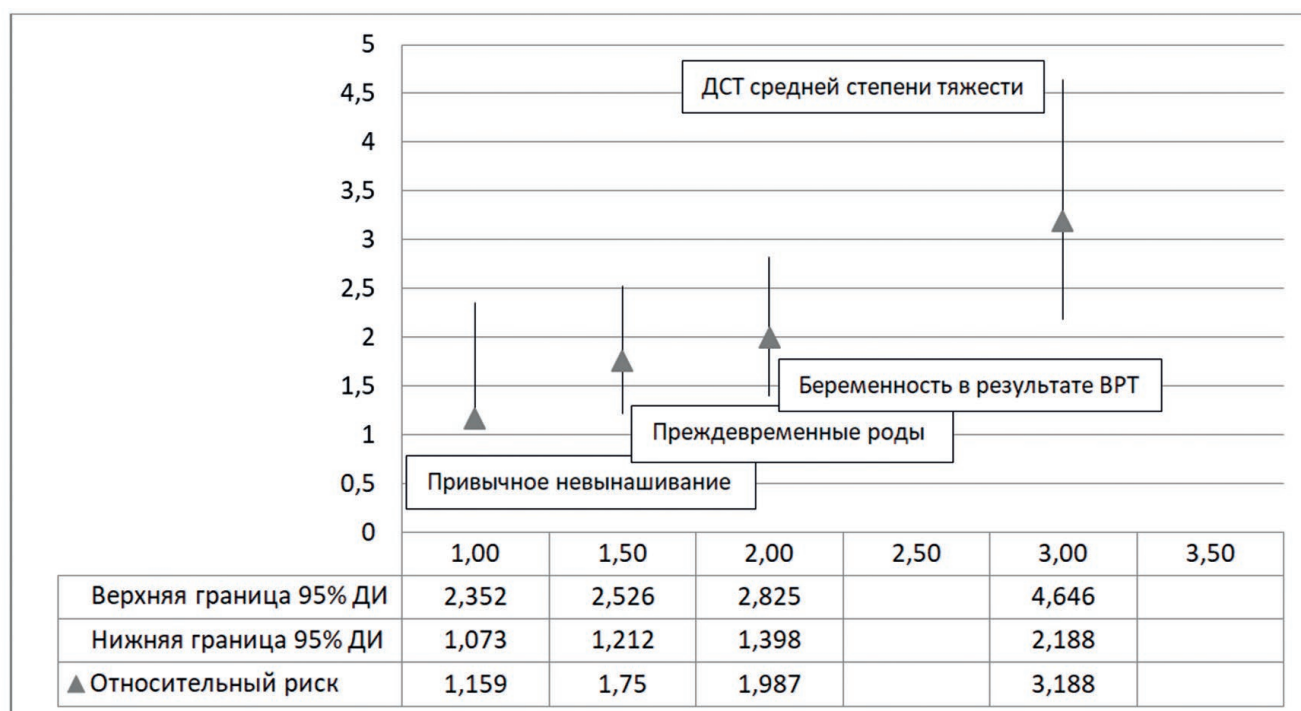


Рисунок 2. Факторы риска развития «ранней» ИЦН

ЛИТЕРАТУРА

1. Born too soon. The Global Action Report on Preterm Birth/ WHO/ – 2014. – 123 p.
2. De Renzo G C, Roura L C, Facchinetti F. Preterm labor and birth management: Recommendations from the European Association of Perinatal Medicine. J Matern Fetal Neonatal Med. 2017; 30: 2011–2030.
3. ACOG . Practice Bulletin No. 171. Management of preterm labour. Obstet Gynecol. – 2016; 128: P. e155 – e164.
4. Nijman, T AJ, van Vliet, E OG, Koullali, B. Antepartum and intrapartum interventions to prevent preterm birth and its sequelae / T AJ Nijman [et al.]. // Semin Fetal Neonatal Med. – 2016; 21: P. 121 – 128.
5. Смольнова, Т.Ю. Дисплазия соединительной ткани как одна из возможных причин недержания мочи у женщин с пролапсом гениталий / Т.Ю. Смольнова [и др.]. // Урология. – 2001. – №2. – С. 25 – 30.
6. Медицинское наблюдение и оказание медицинской помощи женщинам в акушерстве и гинекологии. Клинический протокол / К.У. Вильчук [и др.]. // Минск: «Профессиональные издания», – Минск, 2018. – 280 с.
7. Унифицированные ультразвуковые исследования органов брюшной полости и забрюшинного пространства, малого таза, плода, поверхностных органов, головного мозга и тазобедренных суставов, сердца и сосудов: инструкция по применению №047-0408: утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь 05.04.2008/Е.А. Улезко [и др.]. – Минск, 2008. – 31 с.
8. Истмико-цервикальная недостаточность: клинические рекомендации (протокол лечения) №15-4/10/2-7991: утв. М-вом здравоохранения Рос. Федерации 28.12. 2018. – Москва, 2018. – 42 с.
9. Kagan, K.O. How to measure cervical length / K.O. Kagan, J.Sonek//Ultrasound Obstet Gynecol. – 2015. – Vol.45. – P.358–362.
10. Мицкевич, Е.А. Проблема цервикальной недостаточности в аспекте применения вспомогательных репродуктивных технологий/Е.А. Мицкевич//Вспомогательные репродуктивные технологии: проблемы и перспективы: сб. материалов Респ. науч.-практ. конф. с междунар. участием. – Витебск : ВГМУ, 2018. – С. 14–15.